

Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Vincent
Groupe Hospitalier Saint-Vincent
Strasbourg

5 Travail de fin d'étude présenté en vue de
l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier
Session Avril 2010

10 Les Transmissions Ciblées Inform@tisées



35

Serra Frank
Promotion 2007-2010

Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Vincent
Groupe Hospitalier Saint-Vincent
Strasbourg

5 Travail de fin d'étude présenté en vue de
l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier
Session Avril 2010

10 Les Transmissions Ciblées Inform@tisées



35

Serra Frank
Promotion 2007-2010

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Saint-Vincent, et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers »

Remerciements

Merci aux professionnels de m'avoir accordé du temps pour mes entretiens.

5 Merci à Mme. Agnès SIMON, faisant fonction de cadre en Réanimation Médicale 2 au NHC, et à Me. Thibault COLLIN, I.D.E. en Réanimation Médicale à Hautepierre pour avoir bien voulu répondre à mes demandes entretiens.

Merci à l'équipe de Réanimation Cardiologique Chirurgicale au NHC où j'ai passé un mois de stage pour m'avoir aidé dans mes recherches et les interrogations.

Merci aux I.D.E. des réanimations médicales et chirurgicales pour avoir répondu à mes questionnaires

10 Merci à ma famille et mes amis pour avoir réussi à me supporter durant ces derniers mois.

5 *Le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation*
"hôpital" en perpétuelle évolution; il est capable, selon des règles et
modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer,
de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels, de
distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous
10 *les partenaires internes ou externes de l'établissement, collaborant à*
une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise
en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci

PONÇON Gérard, *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique.*, Paris, éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2000, p.25

Sommaire

1 - Introduction.....	1
2 - Problématique.....	2
3 - Hypothèses.....	3
4 - Cadre Conceptuel.....	4
4.1) Les transmissions ciblées.....	4
4.1.1. Définition.....	4
4.1.2. Structuration des données.....	4
4.1.3. Le cadre réglementaire.....	5
4.2) L'informatique en milieu hospitalier.....	6
4.2.1. Histoire.....	6
4.2.2. Législation autour de l'informatique en milieu hospitalier.....	7
4.3) La qualité des soins.....	8
4.3.1. Définitions.....	8
4.3.2. Qualité des soins infirmiers.....	8
4.3.3. Prise en charge et qualité des soins, questionnaire personnel.....	9
5 - Recueil et Analyse des Données.....	11
5.1) Le recueil des données.....	11
5.2) Présentation du programme.....	11
5.3) L'analyse.....	11
5.3.1. Étude de l'échantillonnage.....	12
5.3.2. Définition des transmissions ciblées pour les soignants.....	14
5.3.3. Vécu par rapport à l'outil informatisé en service.....	15
5.3.4. Impact perçu sur la prise en charge des patients.....	19
5.3.4.1Avantages généraux et bénéfices pour le patient.....	19
5.3.4.2Inconvénients généraux et risques pour le patient.....	20
5.3.5. Conclusion.....	23
6 - Positionnement professionnel.....	24
Bibliographie.....	25
Annexe I: Index des illustrations.....	27
Annexe II : Questionnaire.....	28

1 - Introduction

Cela fait maintenant trois ans que je travaille, que ce soit en cours, ou en stage, en vue de devenir Infirmier Diplômé d'État (I.D.E.). Trois années où se sont succédés les rencontres, les surprises, les interrogations, les doutes... Trois années qui m'ont conforté dans mon choix professionnel. Et maintenant est arrivé le moment « fatidique » du Travail de Fin d'Étude. Il est toujours difficile de trouver à la fois un thème qui soit pertinent et intéressant, aussi bien pour soi que pour les autres. Et c'est par l'actualité que je l'ai trouvé. En 2009 parut la loi portant réforme de l'hôpital¹. Un des points de cette loi concerne le Dossier Patient Informatisé. Or, étant passionné d'informatique et de technologies, je me suis immédiatement intéressé au sujet. Mes stages m'ont surtout montré une utilisation minime de l'outil informatique, souvent cantonnée aux données administratives. Mais par cette loi, un souffle de changement se faisait sentir au sein des services. De plus en plus d'infirmiers parlaient de services-pilote entièrement informatisés, et se questionnaient sur les conséquences de cette migration dans leur unité. En discutant avec eux, j'ai d'ailleurs eu l'impression que, tandis que les plus anciennes infirmières étaient récalcitrantes à l'idée d'utiliser un clavier, les plus jeunes quant à elles semblaient plutôt avoir hâte de « jouer » avec ce nouvel outil.

Conforté dans mon thème, je décidais de visiter certains de ces services-pilote, et parler avec les I.D.E. y travaillant. Cela me permis de m'orienter vers l'informatisation des transmissions ciblées, qui restaient le parent pauvre du dossier patient. En effet, bien peu de lieux utilisent l'ordinateur pour les transcrire.

Et c'est par mes entretiens exploratoires avec différents professionnels que je décidais de m'orienter plus spécifiquement sur l'impact des transmissions ciblées informatisées sur la prise en charge d'un patient en service de réanimation.

25

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2 - Problématique

5 Dans notre monde moderne, l'ordinateur est devenu un outil omniprésent, que ce soit dans le monde professionnel, personnel ou les loisirs. Il s'agit d'un moyen de premier plan dans la gestion des données. Au sein des administrations ou des entreprises, aucune structure ne pourrait se passer de cet outil pour centraliser et redistribuer le flux d'informations. Aucune structure ne pourrait revenir à une gestion entièrement papier des données et aucuns salariés ne voudraient avoir à les travailler au stylo.

10 Cette réalité se voit aussi bien dans le monde de l'entreprise, que dans les milieux hospitaliers. Néanmoins, dans ce dernier, l'utilisation de l'informatique se cantonne généralement à des systèmes administratifs (données civils du patient, gestion des lits et des transferts), comptables (facturation des frais de séjour), ou logistiques (fournitures, restauration, pharmacie). Les structures hospitalières utilisent de plus en plus des systèmes informatisés pour le dossier patient, mais peu sont celles proposant des outils informatiques spécifiques aux soins infirmiers, préférant ainsi la plume au clavier.

15 Pourtant, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires place comme priorité la mise en œuvre du Dossier Patient Informatisé (D.P.I.) et des Systèmes d'information hospitaliers (SIH) , correspondant à une informatisation du processus de soins.

20 Étant personnellement très intéressé par l'informatique, je me suis souvent interrogé quant à l'usage que les soignants en faisaient en service. En effet, j'ai eu l'occasion de constater que seul les services de type réanimation l'utilisaient pleinement, non seulement pour la gestion du service, mais aussi des données médicales et infirmières relatives aux patients. Je me suis donc naturellement intéressé à l'utilisation de cet outil dans le cadre de la prise en charge du patient.

25 Au fur et à mesure de mes stages et de mes recherches, je me suis interrogé sur les transmissions ciblées, centre névralgique d'informations, et indispensables au travail infirmier et à la prise en charge du patient, et à leur évolution face au Dossier Patient Informatisé.

Je suis donc venu à me demander :

30 **« Comment les transmissions ciblées informatisées réalisées par l'I.D.E. peuvent-elles améliorer la prise en charge d'un patient en service de réanimation ? »**

35 Sont-elles un avantage, ou au contraire une gêne quant à l'amélioration de la qualité des soins ? Ont-elles un impact sur l'organisation et la planification des soins ? Apportent-elles une meilleure vision du patient ?

En effet, quel meilleur endroit que la réanimation, service classiquement représenté comme une cristallisation de haute technicité et de savoir-faire, pour appréhender au mieux un système qui devra se généraliser à tous les services d'ici quelques années.

3 - Hypothèses

Partant d'une réflexion purement *a priori*, j'ai tenté de formuler des hypothèses pour répondre à ma problématique. Je me suis ainsi demandé quel pouvait être l'impact des transmissions ciblées sur la prise en charge d'un patient en réanimation, au regard de mes expériences passées en service.

J'ai ainsi pu extraire deux problématiques :

- Si la lecture et la navigation au sein des transmissions ciblées informatisées sont facilitées, alors la planification des soins qui en découlent est simplifiée, concourant ainsi à une meilleure prise en charge du patient.
- Si les transmissions ciblées sont dactylographiées, alors les risques d'erreurs ou de mauvaise compréhension des données liées à une écriture peu lisible sont diminuées.

Pour vérifier ces hypothèses, je m'attacherai dans un premier temps, au travers de mes recherches et entretiens, à définir les trois principales notions théoriques en jeu, à savoir :

- l'informatique en milieu hospitalier.
- les transmissions ciblées
- la notion de qualité des soins

Puis, dans un second temps, je tacherai, via un questionnaire destiné aux I.D.E. en service de réanimation, d'analyser l'impact, selon elles, des transmissions ciblées informatisées sur la prise en charge du patient.

Et enfin, dans un troisième temps, je présenterai mon positionnement personnel à ce sujet.

4 - Cadre Conceptuel

4.1) Les transmissions ciblées

4.1.1. Définition

5 Le *Dictionnaire Des Soins Infirmiers*² définit les transmissions ciblées comme le « *mode d'organisation et d'enregistrement de la partie narrative des informations infirmiers transcrit dans le dossier de soins infirmiers, afin de mettre en évidence les changements dans l'état de santé du patient, les priorités d'action et les résultats obtenus* ».

10 Les transmissions ciblées sont nées aux États-Unis, dans les années 1980, sous l'impulsion de S. LAMPE et A. HITCHCOCK. La finalité de ces transmissions était « *d'enrichir les observations infirmières et de faire apparaître le rôle propre infirmier déficitaire dans de nombreuses analyses des dossiers de soins américains* »³

15 Les transmissions ciblées sont par nature écrites, et s'opposent en général aux transmissions narratives, souvent employées à l'oral. Il s'agit en effet d'une méthode organisant et structurant les informations relatives à un patient, pour permettre à chaque membre de l'équipe soignante de dispenser des soins adaptés. Pour cela, elles permettent :

- D'identifier les problèmes, trouver des actions pour les traiter, et réajuster ces actions si nécessaire en regard aux résultats observés, en faisant apparaître le processus de soins
- Un complément d'information au diagramme de soins.
- 20 • Une communication inter et intra-équipes, et ainsi d'assurer la continuité des soins
- Une utilisation à des fins légales.

25 Ce système doit ainsi permettre une lecture et écriture rapide et efficace des données, des actions et des résultats. Pour cela, le recours aux diagnostics infirmiers optimise l'analyse de la situation, le raisonnement diagnostic, la mise en place d'actions, et l'évaluation des résultats. Il s'agit d'un outil d'analyse permettant d'apporter une vision claire de l'état d'un patient, et une traçabilité des soins réalisés.

4.1.2. Structuration des données

On considère deux types de structuration des données pour les transmissions écrites: la macrocible et la transmission ciblée.

30 Les transmissions ciblées permettent de décrire une situation particulière, souvent problématique, de présenter les actions infirmières ou médicales réalisées pour la résoudre, et les résultats observés en vu d'une réévaluation. Elles sont écrites suivant un schéma strict :

- 35 • La Cible : elle représente le titre de la donnée transmise. Il s'agit d'un énoncé court et précis, en rapport avec la personne soignée. Elle sert à évoquer, à sa seule lecture, « *un événement au cour d'un épisode de soin, une préoccupation, une modification de comportement, un diagnostic infirmier, un changement d'état de*

2 DÉCHANOZ Geneviève, *Dictionnaire Des Soins Infirmiers*, Paris, Amis Enseignement Infirmier, 2ème Édition, 2001

3 BOISVERT C., PATRIACHE É., TRUCHARD S., BOYER L., *Dossier de soins ciblé : du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées*, Paris, Assistance publique des Hôpitaux de Paris/Lamarre/Doin, 1997

santé , une réaction à la maladie ou aux soins, l'intervention d'un autre professionnel de santé »⁴.

- La Donnée : il s'agit de l'ensemble des informations et observations objectives concernant la Cible, et la décrivant.
- 5
- L'Action : elle représente les interventions infirmières réalisées (ou à réaliser) découlant de l'analyse de la situation, et en vu de son amélioration.
 - Le Résultat : dernier point de la démarche d'écriture des transmissions ciblées, il décrit la réaction du patient vis à vis des actions mises en places, et en permet une réévaluation.
- 10
- Les macrocibles , quant à elles, correspondent à une analyse structurée et synthétique de la situation d'un patient, à des moments clefs de son hospitalisation, tel que son arrivée dans le service, un retour de bloc opératoire ou sa sortie du service. Elles sont classiquement constituées de cinq items : Maladie, Thérapeutique, Vécu, Environnement et Développement. Néanmoins, les items peuvent différer en fonction du type de macrocible.
- 15
- Ainsi, la macrocible de sortie ne dispose pas du point Maladie.

4.1.3. Le cadre réglementaire

Dès 1981, l'I.D.E. est dans l'obligation de constituer un dossier complet et organisé permettant une traçabilité des soins réalisés. Il est alors responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers, mais aussi de l'analyse de la situation du patient. Ainsi, l'article 1 du décret du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier (article abrogé au 8 août 2004) déclarait que « *la fonction infirmière comprend : l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers* »⁵

20

Le dossier de soin est créé dans ce but. Il permet de conserver une traçabilité des soins réalisés. Il s'agit de la mémoire des activités d'une équipe auprès de la personne soignée.

25

Les transmissions ciblées sont la pierre angulaire de cette traçabilité, face aux exigences légales. En effet, il s'agit de documents qui peuvent être saisis par la justice, et faisant foi des actes réalisés. Ainsi, les transmissions se doivent d'être complètes, exactes et objectives.

Si l'on observe ainsi le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004⁶ relatif à l'exercice de la profession infirmière, on voit que l'I.D.E. se doit d'assurer un ensemble de fonctions :

30

- Article R. 4311-1 : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.* »⁷
- 35
- Article R. 4311-3 : « *Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. [...] Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* »⁸
- Article R. 4312-28 : « *L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.* »⁹
- 40

4 BOISVERT Cécile, TERRA Jean-Louis, *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, MASSON Éditeur, Liège, 2^e édition, 2003, p.19

5 Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier, article 1 abrogé au 8 août 2004

6 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

L'I.D.E a ainsi obligation de retranscrire l'ensemble de ses actes dans le dossier patient. Sa transmission doit de plus être horodatée et signée.

- Cette importance de la continuité et de la pérennité de l'information fait d'ailleurs partie du nouveau référentiel de compétences I.D.E. En effet, la compétence numéro 8, intitulée
- 5 « *Traiter les informations pour assurer la continuité des soins* » met spécifiquement l'accent sur la transmission des données.

La finalité des transmissions ciblées est donc l'amélioration de la communication des informations entre professionnels soignants, et donc de garantir la qualité des soins apportés à un patient.

- 10 Néanmoins, face à l'informatisation du dossier patient, on peut se questionner sur la forme que prendra les transmissions ciblées. L'informatique permettra-t-elle de faciliter cette communication ?

4.2) L'informatique en milieu hospitalier

4.2.1. Histoire

- 15 Le terme «informatique» est un néologisme introduit par Philippe DREYFUS en 1962, et composé des mots «information» et «automatique». Pour l'Académie française, l'informatique est la « *science du traitement rationnel, notamment par machines automatiques, de l'information considérée comme le support des connaissances humaines et des communications dans les domaines technique, économique et social* »¹⁰

- 20 On se représente souvent l'informatique comme un outil récent. Et pourtant, les premiers concepts de dispositif capable de manipuler automatiquement les nombres datent du 17^{ème} siècle, sous la forme « d'horloge à calcul ». Mais ce n'est qu'au 20^{ème} que les moyens technologiques permirent de créer des machines capables de calculs complexes, pour véritablement se démocratiser dans les années 80.

- 25 Les premiers services en France à se doter d'un outil informatique datent de cette période. La première expérience « concrète » d'informatisation relatée par la presse professionnelle infirmière fut réalisée en 1984 par l'Hôpital cardiologique de Bordeaux¹¹.

- C'est en mars 1985 qu'eut lieu, à Dijon, le premier congrès en la matière, organisé par l'Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières Diplômés d'État et Élèves de
- 30 la Région Bourgogne et l'Association pour les Applications de l'Informatique Médical-Ile de France-Bourgogne.

- Mais c'est le poids des données administratives dans le secteur du soin qui a peu à peu imposé l'introduction de l'ordinateur dans les services avec l'apparition du Système d'Information Hospitalier. La Circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 permit d'encadrer ces
- 35 systèmes d'informations, et déclara qu'il « *peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique.* »¹²

- Actuellement, l'informatique, dans les services hospitaliers en général, et les réanimations
- 40 en particulier, organise quatre aspects du travail infirmier :

- La gestion des patients et des stocks. Ce fut la première application de l'outil informatique, et reste encore aujourd'hui l'utilisation principale qu'il en est fait,

10 *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, n° 8, 26 février 1981

11 « L'infirmière informaticienne » *Revue de l'infirmière* n°10, mai 1984, pp. 17-25.

12 EVIN Claude, *Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics*, Ministère de la Santé, 1989

surtout dans des services où cette gestion est primordiale (bloc opératoire par exemple)

- L'évaluation de la prise en charge des patients, et de la qualité des soins
 - L'aide à la planification des soins.
- 5 • L'enseignement et la recherche, par la mise à disposition, pour certains établissements, de protocoles et de documents généralement accessibles via un réseau intranet.

4.2.2. Législation autour de l'informatique en milieu hospitalier

10 Bien que les premières lois encadrant l'informatisation du secteur médical datent de la fin des années 80, elles n'ont cessé d'évoluer.

C'est par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », que l'informatisation du secteur médical se fera pleinement. En effet, elle impose la mise en oeuvre du Dossier Patient Informatisé pour 2012. Ce nouveau dossier patient est décrit comme « *à la fois un outil de travail pour le praticien et un moyen d'archivage d'informations personnelles de santé.* ». Lors de la présentation du « Plan Hôpital 2012 », en février 2007, Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, déclara « *Je veux que les établissements soient complètement informatisés. [...] La numérisation permet une amélioration de la qualité des soins par un dossier médical partagé, par une sécurisation du circuit du médicament* ».

15

20 Mais cette réforme ouvrit également à de nouveaux questionnements sur la gestion et la sécurité des données-patient.

En effet, la sécurité de l'information est prédominante dans le secteur médical. Les fondements du secret médical sont régis par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal :

25 • Article 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* »¹³

• Article 226-14 : « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.* [...] »¹⁴

30 Il est de plus intéressant de noter que, dans l'article 73 code de déontologie médical, il est précisé que le secret médical s'applique « *quelque soit le support* », visant plus spécifiquement le support informatique. Le médecin (principalement le médecin libéral) est alors entièrement responsable des données qui lui sont confiées, devant s'assurer de leur sécurisation et de leur confidentialité.

35 De plus, l'informatisation des dossiers médicaux, bien que récente, est régie par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite « loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » sur la protection des données informatiques à caractère personnel. Elle impose à tout organisme public de déclarer auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) s'il utilise « *toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres.* »¹⁵ Ainsi, tout établissement public ou participant au service public doit déposer un dossier auprès de la CNIL.

40

Enfin, l'informatisation des dossiers médicaux et infirmiers sera un critère à satisfaire pour qu'un établissement obtienne une certification auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS).

13 Article 226-13 du Code Pénal, modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000

14 Article 226-14 du Code Pénal, modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007

15 Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, article 2

Cette certification est par ailleurs définie par la HAS comme « *une procédure d'évaluation des établissements de santé (hôpitaux et cliniques). Elle porte sur l'organisation et le fonctionnement général de l'établissement ainsi que sur les pratiques de soins et l'information du patient. Toutes les activités ayant une incidence directe ou indirecte sur la prise en charge du patient sont concernées : les services cliniques, les services administratifs, logistiques, etc.* »

On se rend ainsi compte à quel point la gestion de données aussi sensibles est réglementée. Ainsi, l'HAS et la CNIL suivent de près la mise en place des systèmes informatiques en milieu hospitalier, et le respect de règles de sécurités strictes.

10 Néanmoins, malgré les verrous mis en place autour des données du dossier patient, un risque de faille subsiste toujours. Ainsi, le 5 juin 2009, l'Hôpital de Paimpol vit son système informatique attaqué par un virus, obligeant un arrêt complet des ordinateurs, les soignants devant alors repasser au stylo.

Enfin, on peut s'interroger sur l'impact de cette informatisation au niveau de la qualité des soins prodigués aux patients.

4.3) La qualité des soins

4.3.1. Définitions

Il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins est défini comme la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* ».

25 D'après Avedis DONABEDIAN, un pionnier des travaux dans ce domaine, la notion de qualité de soins englobe trois domaines :

- les structures, correspondant aux aspects organisationnels et physiques : les connaissances, compétences et habiletés du personnel, le ratio patients/I.D.E., les ressources disponibles
- 30 • les procédures, concernant les activités de prestation de soins et de services, et les pratiques professionnelles (organisation et l'évaluation des soins, information du patient, etc)
- Les résultats, conséquences directes des soins réalisés

35 Toutefois, l'une des définitions les plus citées, et reconnues, est celle de l'Institut de médecine des États-Unis (IOM) qui déclare que la qualité des soins est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* »¹⁶

4.3.2. Qualité des soins infirmiers

40 La notion de qualité des soins est intrinsèquement liée au métier d'infirmier, car chaque acte a pour but de l'améliorer. L'analyse de la qualité des soins fait par ailleurs partie des

¹⁶ Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press, 2001.

compétences exigées du nouveau référentiel de compétences I.D.E.

Toutefois, bien que le terme « qualité des soins » est absent en tant que tel du référentiel de compétences, l'article R4311-2 déclare que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ». On garde toujours ici l'idée d'exigence de qualité des soins dispensés, indispensable à la sécurité des soignés comme des soignants.

Enfin, le Sénat, dans son rapport législatif sur l'examen des articles de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, écrit : « *L'amélioration de la qualité des soins passe par l'amélioration des pratiques professionnelles. Celle-ci revêt deux aspects : le recours aux nouvelles technologies et à une formation médicale continue plus efficace, d'une part, et un encouragement des pratiques innovantes, d'autre part.* »¹⁷

On peut de plus lier ces deux points au nouveau référentiel de compétences, qui encourage à l'analyse et l'amélioration de sa pratique professionnelle. Ainsi, si l'on prend spécifiquement le point « 7. Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle », on constate qu'il reprend la notion de réévaluation constante de sa pratique professionnelle.

4.3.3. Prise en charge et qualité des soins, questionnement personnel.

Devant ces définitions de la qualité des soins, je n'ai pu m'empêcher de me questionner sur la notion de « prise en charge ».

On entend souvent parler de prise en charge holistique, global ou psychologique, de prise en charge de la douleur, de l'enfant, du patient Alzheimer etc. Or, bien que très souvent citée, peu de définitions traitent de cette notion. Pourtant, implicitement, « prise en charge » et « qualité de soins » sont liés.

Dans les Nouveaux Cahiers de l'Infirmier 18, la prise en charge du patient est présenté comme les différentes étapes de l'accompagnement infirmier. Cet accompagnement comprend alors :

- l'accueil du patient et de son entourage
- la connaissance du patient afin de dispenser des soins adaptés
- l'identification des problèmes d'ordre médical, infirmier ou social
- l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet de soins
- la continuité des soins entre les différents acteurs médicaux, et paramédicaux
- l'organisation de la sortie du parcours de soin

Il s'agit donc, ici, de l'organisation, l'analyse et l'accompagnement du patient durant ses soins. On parle alors de « prise en charge holistique », c'est à dire , dans le cadre des soins infirmiers, « à chaque aspect de ». Cette expression est considérée comme plus précise et humaine que le terme de « prise en charge globale »

Pourtant, assurer la qualité des soins est un élément primordial dans la prise en charge. En effet, la finalité de toute action I.D.E. est d'assurer des soins de qualité, visant à maintenir et améliorer l'état de santé d'un patient.

Mais la démarche de qualité peut s'appliquer à chaque étape d'une hospitalisation. Ainsi, « tout est soin ». Prise en charge et qualité des soins se confondent alors, l'un ne pouvant exister sans l'autre. En effet, la prise en charge correcte d'un patient ne peut être réalisé que par des soins de qualité. À l'inverse, des soins de qualité envers un patient ne peuvent

¹⁷ MILON Alain, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : examen des articles*, Rapport n° 380 (2008-2009) déposé le 6 mai 2009

subsister sans le prendre en charge.

Mais finalement, dans ce diptyque, quelle place a l'informatisation ? Sa participation à l'organisation, la planification, le recueil et l'analyse des données du patient suffit-elle pour affirmer qu'elle améliore sa prise en charge, et donc la qualité des soins dispensés ?

5 - Recueil et Analyse des Données

Après l'établissement des concepts de base relatifs à l'informatisation des transmissions ciblées, je vais tacher tout d'abord de répondre à ma problématique via un questionnaire distribué auprès d'I.D.E. Puis, je confronterais mes hypothèses aux résultats de cette analyse.

5.1) Le recueil des données

Dans un premier temps, je me suis interrogé sur l'échantillonnage à étudier. En effet, la population visée est les I.D.E. en service de réanimation. Mais faudrait-il faire une distinction entre les réanimations médicales et chirurgicales ? Ou alors ne travailler que sur un type de réanimation ?

En définitive, j'ai décidé de ne pas faire de distinction entre la réanimation médicale et chirurgicale.

La population ayant été cernée, je me suis ensuite haleté au choix de l'outil d'enquête. Vu le grand nombre d'I.D.E. travaillant dans les services de réanimation, j'ai opté pour un questionnaire anonyme, composé de questions ouvertes et fermées. Ce questionnaire visa à explorer la définition qu'ont les soignants des transmissions ciblées, mais aussi leur impressions quant aux conséquences de l'informatisation sur la qualité des soins.

Le recueil des données se fit en déposant les questionnaires dans les services concernés, ou, quand le cadre du service le permettait, en les distribuant durant les transmissions de midi de manière à les récupérer de suite.

5.2) Présentation du programme

Dans l'ensemble des réanimations testées est utilisé le même logiciel : CareVue Chart, édité par Philips. Il permet de gérer l'ensemble du dossier patient de manière informatique.

Dans chaque box se trouve un ordinateur permettant d'effectuer une saisie extemporanée des données.

Outre le versant administratif, il permet de réaliser un relevé automatique des constantes du patient, en s'interfaçant avec le matériel médical (électrocardioscope, sonde de Swan-Ganz, ballon de contre-pulsion intra-aortique, etc.).

Le dossier infirmier, quant à lui, permet de gérer l'ensemble du plan de soin automatiquement en fonction des prescriptions médicales. Tout retard dans la validation des actes est souligné par un fanion rouge pour être remarqué par l'I.D.E.

Enfin, le volet infirmier comporte un outil de transmissions ciblées. Il est composé de champs à remplir en regard de fonctions physiologiques (Respiratoire, Cardiovasculaire, Neurologie, Digestif, etc.). Une option permet de plus de sélectionner un diagnostic infirmier dans une liste des diagnostics prévalant dans le service.

5.3) L'analyse

L'analyse quantitative des réponses porte sur un échantillon de 42 questionnaires exploitables.

Je vais d'abord étudier l'échantillonnage lui-même, puis voir la définition qu'ont les soignants des transmissions ciblées, pour enfin analyser leur avis sur l'impact des transmissions

ciblées sur la prise en charge du patient.

5.3.1. Étude de l'échantillonnage

L'étude de l'échantillon de soignants porte sur quatre points :

- leur moyenne d'âge
- le sexe des soignants
- leur ancienneté dans le service
- s'ils avaient déjà travaillé dans un service utilisant des transmissions ciblées.

10 Au sujet de la moyenne d'âge des soignants, j'ai pu constater qu'il s'agit d'équipes jeunes, où 78% d'entre eux ont au maximum 35 ans. La moyenne d'âge dans les services est de 26 à 35 ans.

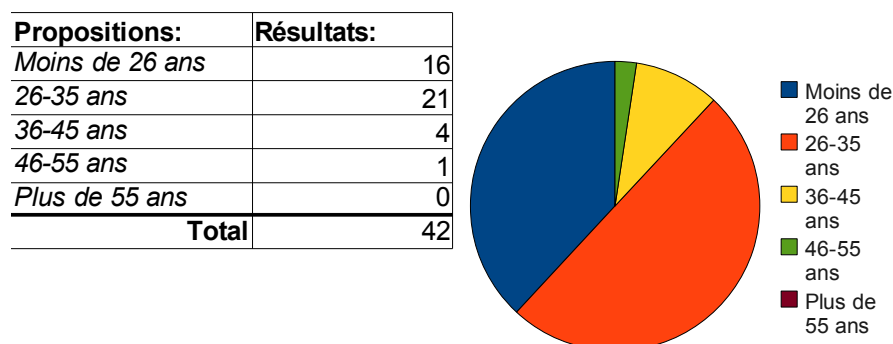


Illustration 1: Répartition des soignants par tranches d'âge

15 Concernant le sexe, on remarque sans grande surprise que la majorité des soignants interrogés sont des femmes. Toutefois, ici, la gente féminine représente plus de 95% de l'effectif global.

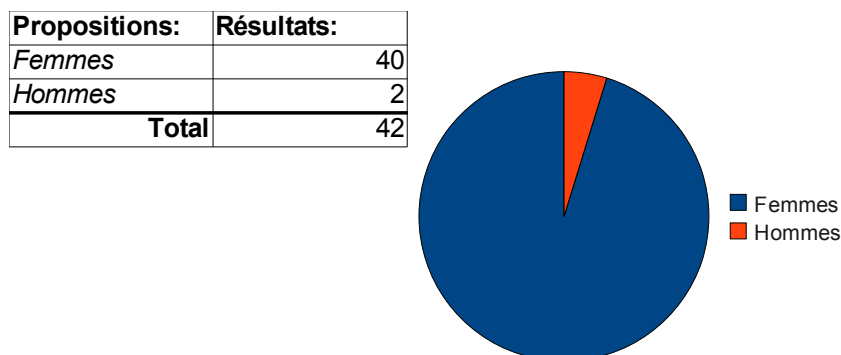


Illustration 2: Représentativité des sexes

On peut néanmoins se demander s'il s'agit d'un résultat objectif, où si le hasard des plannings et de la volonté de chacun à compléter ce questionnaire sont à l'origine de ces chiffres.

- 5 Si l'on observe l'ancienneté des soignants dans les services, on constate que la majorité du personnel I.D.E. (environ 78%) est en poste depuis moins de 5 ans, dont environ 30% depuis moins d'un ans.

Propositions:	Résultats:
Moins de 1 an	12
1-5 ans	21
Plus de 5 ans	9
Total	42

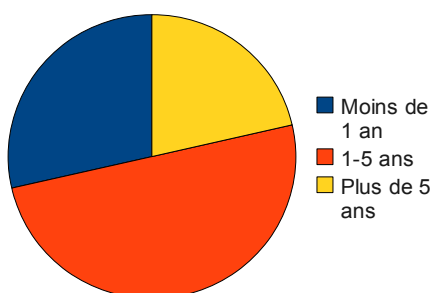


Illustration 3: Tableau 3: Ancienneté des soignants en service de réanimation

- 10 Enfin, je me suis intéressé au passé des soignants. Je leur ai ainsi demandé s'ils avaient déjà travaillé dans un service proposant des transmissions ciblées informatisées. On remarque que le tiers des soignants a déjà une expérience de l'utilisation d'un tel système.

Propositions:	Résultats:
Soignants ayant déjà travaillé avec un système de transmissions informatisées	15
Soignants n'ayant jamais travaillé avec un système de transmissions informatisées	27
Total	42

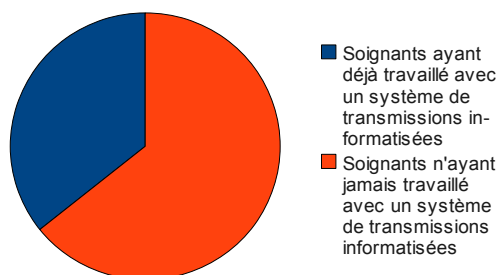


Illustration 4: Soignants ayant déjà travaillé dans un lieu présentant aussi des transmissions ciblées informatisées

- 15 Par ailleurs, si l'on compare leur ancienneté dans le service avec une expérience de travail avec un système de transmissions informatisées dans un précédent service, on constate qu'environ 73% des soignants en poste depuis moins de 5 ans ont déjà une expérience passé avec un tel outil.

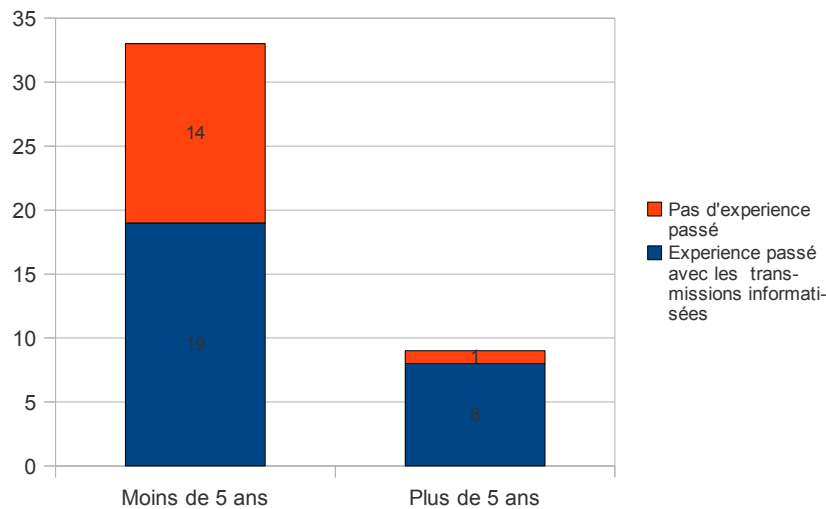


Illustration 5 : Comparatif entre l'ancienneté dans le service et une expérience passée avec les transmissions ciblées informatisées

Ainsi, il est intéressant de remarquer que les IDE étant récemment arrivées en poste ont déjà une certaine connaissance de ce type de système de transmissions, et représentent la majorité de l'effectif des services. Il n'a néanmoins pas été demandé s'il s'agissait d'un autre hôpital et/ou d'un autre service de réanimation, ni le nom du système utilisé.

Au final, au travers de cette première partie, on voit ainsi se dégager un échantillonnage très majoritairement féminin, plutôt jeune, et en poste depuis moins de 5 ans. De plus, environ 30% de ce groupe a déjà un certain vécu sur ces types de transmissions.

10 5.3.2. Définition des transmissions ciblées pour les soignants

Dans la seconde partie de mon questionnaire, j'ai demandé aux soignants leur définition personnelle des transmissions ciblées, de manière à les confronter aux définitions que j'ai trouvées, et mieux comprendre ce qu'ils entendent derrière ce terme.

Ainsi, sur les 42 questionnaires rendus, 35 personnes en ont donné une définition.

15 J'ai ainsi comptabilisé trois thèmes récurrents dans les définitions données :

- **Méthode d'énonciation des problèmes** : les transmissions sont présentées comme un moyen de présentation des problèmes du jour d'un patient pour les collègues. Ils ne sont alors qu'une méthode de communication inter-équipe.
- **Méthode de structuration des données** : les transmissions ciblées sont décrites comme une technique de présentation et de hiérarchisation des informations. Elles aident à la compréhension des données en les ordonnant de manière claire, par rapport à des titres.
- **Méthode de présentation des actions réalisées en regard de données, et des résultats observés** : ces définitions prennent en compte le versant analytique des transmissions ciblées, et la réévaluation du résultat observé.

Voici, en regard de chaque thème, les résultats obtenus :

Thèmes relevés	Résultats
Méthode d'énonciation des problèmes	19
Méthode de structuration des données	10
Méthode d'analyse des données, et de réévaluation des actions	6
Total	35

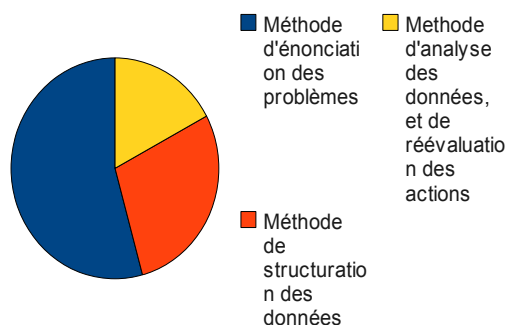


Illustration 6: Définitions de "transmission ciblée" pour les soignants

Ainsi, sur les trois thématiques relevées, on constate que la troisième est celle qui reflète le plus le concept de transmissions ciblées que j'ai présenté plus tôt. Il s'agit aussi de la définition la moins retournée.

- 5 A l'inverse, la définition majoritaire présente plus les transmissions ciblées comme une méthode de communication synthétique, et en cela se rapproche beaucoup de la représentation des transmissions narratives.

- Il serait alors intéressant de se questionner sur la représentativité de ses thèmes. Les soignants ont-ils plus l'habitude de rédiger les transmissions sous forme de synthèse? Le système se prête-t-il plus à ce type d'écriture?
- 10

5.3.3. Vécu par rapport à l'outil informatisé en service

- Pour mieux cerner les bénéfices et les inconvénients présentés par les soignants, j'ai décidé en troisième axe de mon questionnaire, de me renseigner sur leurs « antécédents » vis-à-vis de l'outil informatique. En effet, une bonne formation à un outil est primordiale pour l'exploiter au mieux. Ainsi, la connaissance du programme utilisé et de ses fonctionnalités est indispensable pour garantir des transmissions efficaces et de qualité.
- 15

- Je me suis donc tout d'abord intéressé au type de support de transmissions disponibles. En effet, durant la rédaction de mon questionnaire, je ne connaissais pas les lieux bénéficiant d'une conversion partielle ou totale à l'outil informatique dans le cadre des transmissions. Il est donc intéressant de constater que l'ensemble des services de réanimation ciblés n'utilisent plus que les transmissions ciblées informatisées, à travers le même logiciel, CareVue Chart.
- 20

Propositions:	Résultats:
Support mixte papier + informatique	0
Support uniquement informatique	42
Total	42

Illustration 7: Support de transmission utilisé en service

- De plus certains soignants ont précisé à côté de leur réponse que la conversion c'était faite directement du support papier au support informatique. Il n'y a donc pas eu de temps où un double-support était utilisé.
- 25

De même, on constate que l'écrasante majorité ne souhaite pas un retour à un système de

transmission papier classique. Ils l'expliquent principalement par une utilisation de l'informatique facilitant la lecture et la recherche des données, et l'absence de stockage (et de perte) de feuilles.

Propositions:	Résultats:
Soignants désirant un retour aux transmissions papier	5
Soignants désirant conserver le support informatique	34
Total	39

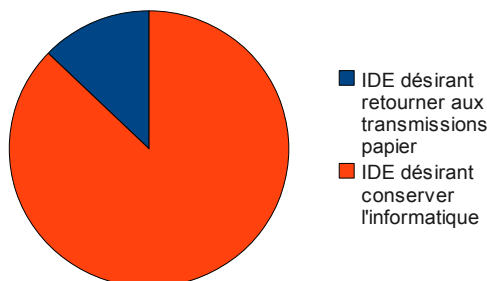


Illustration 8: Préférence des soignants vis-à-vis du support de transmission

5 Par ailleurs, sur les 5 soignants acceptant un retour au papier, 4 ont argumenté leur choix :

- « Question de facilité personnelle sans doute »
- « Polyvalence. Tous les services ne sont pas dotés des ordinateurs nécessaires »
- « On écrit la même chose. Sauf que sur l'informatique, on tape sur le clavier ! C'est plus facile à lire pour les autres »
- 10 – « Pourquoi pas ? Le seul soucis est le stockage de feuille au final, qui risque de se mélanger ou de se perdre »

Ainsi, le principal argument pour un retour au système papier est une difficulté personnelle de certains soignants à utiliser le clavier. Pourtant, la seconde réponse concernant la polyvalence est très intéressante. En effet, les transmissions papiers ne nécessitent pas de matériel particulier, à l'opposé de l'informatique, impliquant la présence d'un ordinateur et des programmes adéquats. Donc, lors du transfert d'un patient vers une autre unité, non équipée, une partie du dossier doit être imprimé.

20 Je me suis ensuite intéressé à la formation dont ont bénéficié les soignants vis-à-vis de ce système de transmissions. Ainsi, environ 80% des I.D.E. ont eu une formation par rapport à ce système en particulier.

Propositions:	Résultats:
Soignants ayant bénéficié d'une formation	32
Soignants n'ayant pas eu de formations	8
Total	40

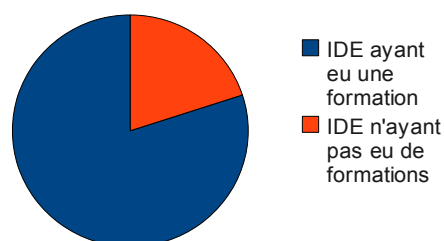


Illustration 9: Niveau de formation des équipes

Parallèlement à cela, si l'on observe les personnes-ressource ayant formé les soignants, on remarque que la très grande majorité furent formées par d'autres I.D.E.

Propositions:	Résultats:
Un professionnel durant votre formation en stage ou IFSI	1
Un(e) IDE	27
Un(e) cadre infirmier(ère)	1
Un informaticien appartenant à l'hôpital	0
Un informaticien extérieur à l'hôpital	0
Total	29

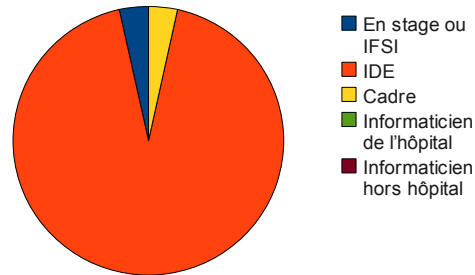


Illustration 10: Formateurs sur le système

Pour en finir avec la formation, je me suis intéressé à l'efficacité de celle-ci. Ainsi un peu plus de 81% des soignants ayant bénéficié d'une formation sur le logiciel déclarent avoir été opérationnel de suite.

Propositions:	Résultats:
Soignants immédiatement opérationnels par rapport au système	26
Soignants non opérationnels immédiatement	6

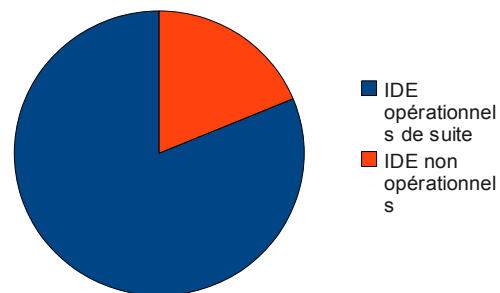


Illustration 11: Opérationnalité des soignants vis-a-vis du système

Il est néanmoins intéressant de constater que si l'on oppose l'opérationnalité immédiate des soignants ayant déjà travaillé dans un service proposant un système de transmissions ciblées informatisées, de celle des soignants n'ayant jamais utilisé de tel système, on constate qu'il y a très peu de différence entre les deux groupes.

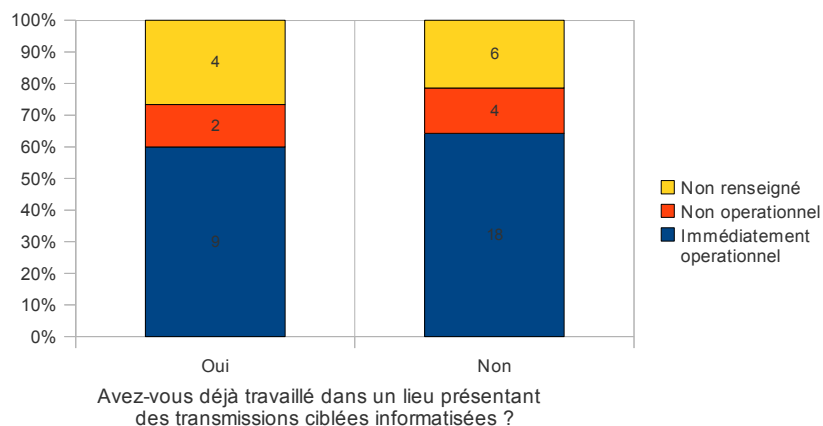


Illustration 12 : Comparatif entre expérience passée avec des transmissions informatisées et l'opérationnalité des soignants à leur arrivé en réanimation

L'expérience passée dans de tels systèmes ne semble donc pas avoir un impact direct sur l'efficacité immédiate du soignant. On peut d'ailleurs se questionner sur cette faible différence. Est-ce dû à des systèmes différents ? À une utilisation différente ?

- 5 Par ailleurs, en demandant comme les soignants trouvaient l'utilisation du programme, on remarque qu'ils le trouvent majoritairement facile à utiliser.

Propositions:	Résultats:
Très facile	9
Facile	23
Moyennement facile	6
Assez difficile	0
Très difficile	0
Inutilisable	0
Total	38

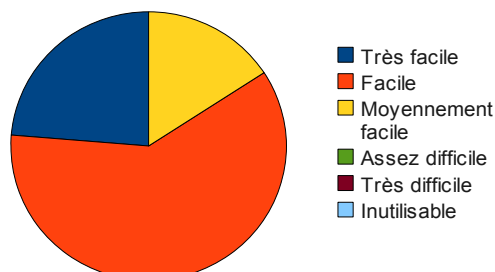


Illustration 13: Ressenti par rapport à la facilité d'utilisation du système

- 10 Enfin, un des aspects techniques les plus intéressants d'un tel système de transmissions est la possibilité de sélectionner des cibles pré-enregistrées, dominantes dans le service. La cible est alors formatée par défaut, avec le titre sélectionné, et les trois items Donnée, Action et Résultat

Je me suis donc intéressé à l'usage qui en est fait par les soignants. Ainsi, sur les 37 réponses à cette question, 22 I.D.E. utilisent cette fonction.

Propositions:	Résultats:
I.D.E. utilisant les cibles pré-enregistrées	22
I.D.E. n'utilisant pas les cibles pré-enregistrées	15
Total	37



Illustration 14: Utilisation des cibles pré-enregistrées

- 15 Le thème principal dans les explications des soignants utilisant cette liste de cibles est le gain de temps dans la mise en forme des données (pour 17 personnes sur les 22), malgré le manque de certaines cibles.

A l'opposée, ceux qui n'utilisent pas cette fonction déclarent qu'elle est contraignante, et génère une perte de temps.

20

Au final, on peut conclure au travers de ces questions sur le vécu des IDE par rapport aux transmissions informatisées que les soignants semblent relativement bien formés par rapport à cet outil. De plus, ils se disent globalement très satisfaits de ce système de transmission, et ne veulent pas le délaier. Enfin, le programme étant assez facile à prendre en mains, ils utilisent majoritairement les options mises à disposition.

25

Ayant constaté que les équipes savent faire bon usage du système, nous pouvons maintenant nous intéresser sur l'impact final de cet outil auprès du patient.

5.3.4. Impact perçu sur la prise en charge des patients

Le dernier thème de mon questionnaire fut de connaître le point de vu des soignants concernant l'impact de ce système sur la prise en charge des patients.

Pour cela, le thème fut ordonné autour de deux points:

- 5
 - les avantages et inconvénients généraux du système informatisé, par rapport aux transmissions papiers
 - les bénéfices et les risques de ce système sur la prise en charge du patient.

Pour une simplicité d'analyse, je vais d'abord présenter des avantages généraux du système et bénéfices pour le patient, puis les inconvénients et les risques pour le soigné.

10 5.3.4.1 Avantages généraux et bénéfices pour le patient

Pour étudier les avantages du système informatisé par rapport à son homologue papier, j'ai proposé aux I.D.E différentes propositions, avec la possibilité de choix multiples, à savoir:

- Une source fiable d'informations
 - Un gain de temps pour certaines tâches
- 15
 - Une amélioration de la traçabilité des soins
 - Une meilleure lisibilité de l'écriture
 - Une planification des soins simplifiée
 - Une consultation des données facilité

Voici les résultats obtenus:

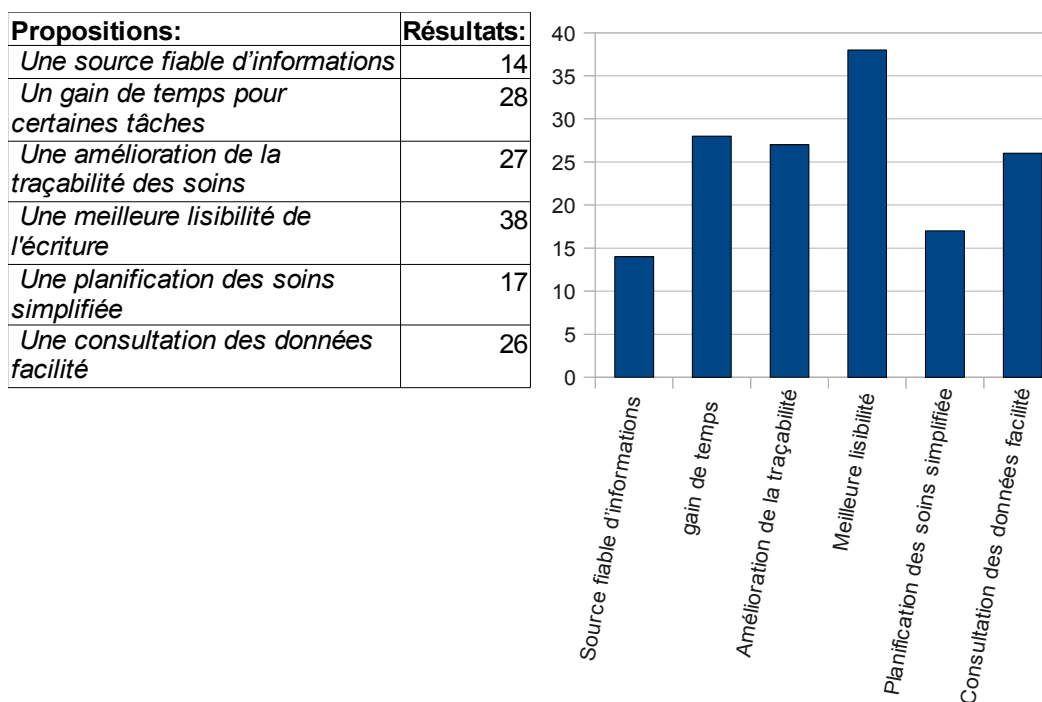


Illustration 15: Avantages généraux du système

On remarque que le principal avantage souligné est la meilleure lisibilité du support informatique. Vient ensuite un gain de temps, une amélioration dans la traçabilité des soins, et enfin une plus grande facilité dans la consultation des données.

- 5 Parallèlement à cela, j'ai demandé aux I.D.E. quels étaient, selon elles, les bénéfices des transmissions ciblées informatisées spécifiquement sur la prise en charge du patient.

Ainsi, sur les 24 réponses obtenues j'ai pu dégager trois thèmes, reprenant les mêmes idées de précédemment: un bénéfice médicolégal, un gain de temps dans la recherche des données, et une facilité d'organisation et d'évaluation des soins.

10

Thèmes relevés	Résultats
<i>Bénéfice médicolégal</i>	15
<i>Gain de temps dans la recherche des données</i>	7
<i>Facilité d'organisation et d'évaluation des soins</i>	4

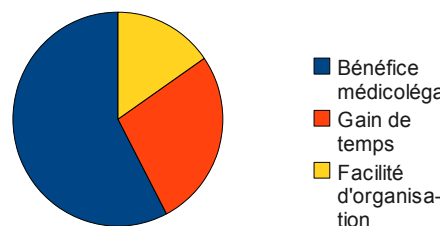


Illustration 16: Avantages spécifiques pour la prise en charge du patient

- **Une bénéfice médicolégal** : Les soignants expliquent que, de par une meilleure lisibilité des données, les risques d'erreurs et d'oublis est diminué. De plus, le système garantit une traçabilité de l'information, évitant toute modification ou falsification.
- **Un gain de temps dans la recherche des données** : Grâce à l'organisation horodatée des transmissions, il devient plus aisé de rechercher une information, en sélectionnant une date précise.
- **Une facilité d'organisation et d'évaluation des soins réalisés** : Les I.D.E. déclarent que la planification et la réévaluation des soins est plus efficace car le système oblige de remplir un certain nombre d'items de façon immuable, empêchant l'oubli de données. Cette idée est directement rattachée aux deux précédentes

5.3.4.2 Inconvénients généraux et risques pour le patient

Dans un second temps, je me suis intéressé aux inconvénients du système, aussi bien de manière général, que dans la prise en charge du patient.

En ce qui concerne l'aspect général, les soignants avaient là ainsi le choix entre différentes possibilités de réponses, et la possibilité de choix multiples:

- Une robotisation du travail d'IDE
- Des obligations supplémentaires
- Des risques de pertes de données
- Une surcharge de travail
- Des données difficiles à trouver
- Une diminution de la communication entre soignants

Voici les résultats obtenus:

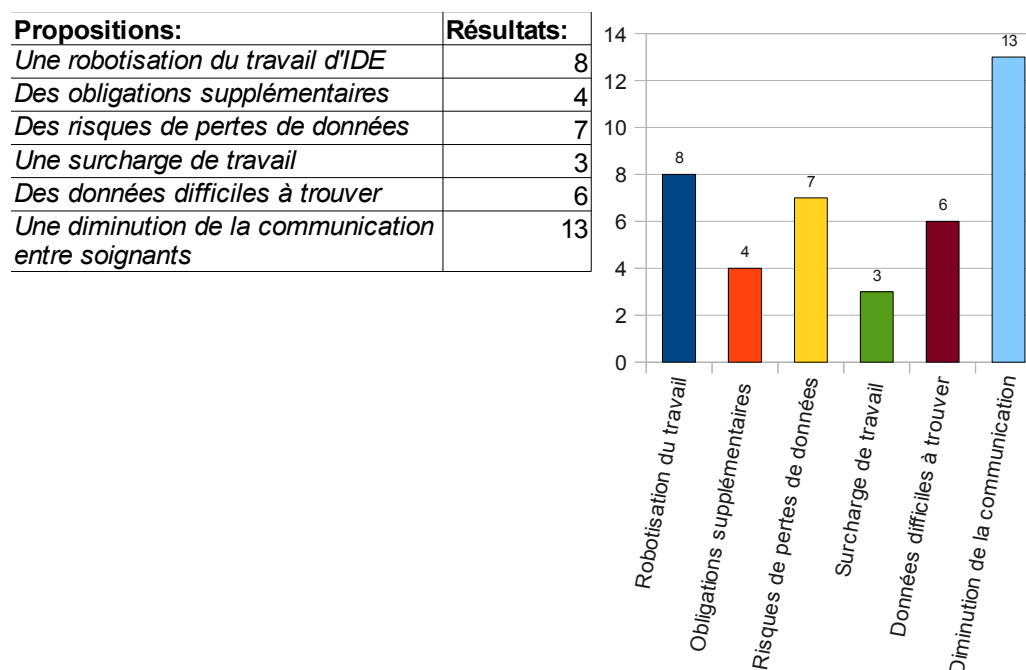


Illustration 17: Inconvénients généraux du système

Une première chose remarquable est le faible tût global de réponses, en comparaison de la question homologue sur les aspects positifs du système. On peut de demander si cela est dû à des propositions non pertinentes, ne reflétant pas le ressenti des soignants, ou au contraire une vision globalement positive de l'outil informatique.

Ensuite, le principal désavantage constaté est une diminution de la communication entres soignants. Cette idée sera d'ailleurs confirmée en ce qui concerne les risques sur la prise en charge du patient

En effet, de même manière que précédemment, j'ai demandé aux soignants de me présenter les risques perçus de ce système de transmissions par rapport spécifiquement au patient. Ainsi, j'ai ressorti quatre idées directrices sur les 18 réponses retournées en rapport à cette question:

- Une perte de la communication inter-équipes
- Une focalisation sur l'écran
- Un risque de synthétisation des données
- Un risque technique

Thèmes relevés	Résultats
Perte de la communication inter-équipes	7
Focalisation sur l'écran	3
Risque de synthétisation des données	6
Risques techniques	4

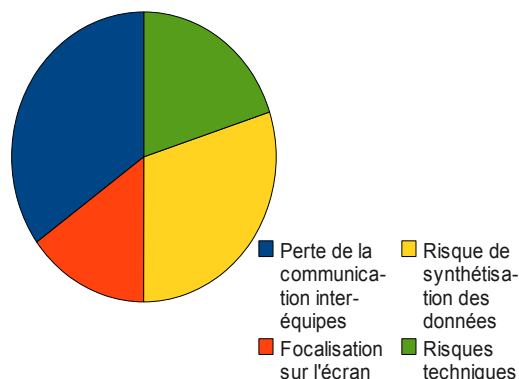


Illustration 18: Inconvénients spécifiques pour la prise en charge du patient

- 5

10

• **Une perte de la communication inter-équipes** : Les soignants expliquent ainsi que, bien que globalement renseignées par les I.D.E., les Aides Soignantes ont tendance à délaissé les transmissions, et qu'il est alors important de ne pas négliger les transmissions orales. Mais cela concerne aussi bien la communication au sein de l'équipe infirmière, que pour l'équipe soignante de manière général. Ainsi, il devient facile pour le médecin de consulter les transmissions, et de modifier la planification des soins, sans pour autant en référer aux I.D.E.. De la même manière, un kinésithérapeute pourra écrire des données importantes pour la prise en charge d'un malade récemment extubé, sans pour autant en faire part au reste de l'équipe.
- 15

• **Une focalisation sur l'écran** : Un des risques des transmissions informatisées, et de l'informatisation du milieu hospitalier, est l'obnubilation du soignant face à l'écran, et non plus le patient. Et cela se ressent dès l'entrée dans un box: l'ordinateur se trouve directement face à la porte. Il s'agit donc de la première chose que l'on voit en pénétrant dans la pièce, avant le malade. L'effet pervers qui en découle est de se limiter aux données informatiques et techniques, et d'oublier le soigné. L'ordinateur devient le centre du box, et non plus le patient, qui apparaît alors morcelé en fonctions biologiques à évaluer dans les transmissions.
- 20

25

• **Un risque de synthétisation** : L'un des avantage de l'informatique est sa capacité à synthétiser l'information. Or, le risque qui en découle directement est une tendance à condenser à l' extrême les données, les rendant abscons et quasi inexploitable. De la même manière, les transmissions peuvent se retrouver dévalorisées en omettant leur aspect ciblées. Le soignant ne présente plus alors qu'une synthèse des moment importants survenus durant son poste. On perd ainsi tout le versant analytique et structurant des transmissions ciblées, pour aboutir à des transmissions narratives.
- 30

35

• **Les risques techniques** : Certains soignants ont exprimé des craintes vis à vis des risques de techniques (virus informatiques, pannes, piratages), mettant en jeu la sécurité des données patient, mais aussi sa prise en charge dans le cas où ces données ne seraient plus accessibles. Toutefois, ce type de risques techniques est omniprésent dès que des systèmes électroniques ou informatiques sont employés. Ainsi, au même titre qu'un pousse-seringue électrique, une assistance respiratoire ou une machine de dialyse rénale, ces systèmes informatiques se doivent de répondre à un cahier des charges très exigeant et précis. De ce fait, des verrous de sécurités, une vigilance constante et une maintenance technique performante sont indispensables pour éviter ces problèmes.

5.3.5. Conclusion

En conclusion, on constate, au travers de l'analyse des réponses de ces questionnaires, que le système de transmissions ciblées informatisées est plutôt bien perçu et accepté par les soignants. Il est jugé fiable, facile de prise en main, et présente des avantages certains par rapport à son homologue papier.

Ainsi, le système de transmissions ciblées informatisées, de part sa conception, assure une assistance dans la prise en charge du patient. La dynamique d'équipe est facilitée par l'utilisation d'un même système, et d'un même langage pour communiquer. Il s'agit donc d'un support structurant de manière précise les transmissions, et assurant une traçabilité des actes réalisés. La planification des soins en est simplifiée, leur validation est obligatoire et leur réévaluation est facilitée. La qualité des soins qui en résultent s'en trouve donc améliorée.

En conséquence, ma première hypothèse, « si la lecture et la navigation au sein des transmissions ciblées informatisées est facilitée, alors la planification des soins qui en découlent est simplifiée, concourant ainsi à une meilleure prise en charge du patient » est vérifiée.

De plus, l'outil informatique permet aussi une amélioration notable de la qualité des soins en assurant une bonne lisibilité des informations. Ainsi, ma seconde hypothèse, « si les transmissions ciblées sont dactylographiées, alors les risques d'erreurs ou de mauvaise compréhension des données liées à une écriture peu lisible sont diminuées », est elle aussi vérifiée.

Toutefois, cette analyse a également fait ressortir des inconvénients inattendus vis-à-vis de ce système de transmission. Ainsi, des doutes et des peurs subsistent, et se cristallisent autour de deux points.

D'une part, il y a l'ensemble des risques techniques liés à l'utilisation de systèmes de plus en plus complexes. Cela dit, ces risques existeront toujours, mais peuvent être limités par les mesures de sécurité mises en place autour de ces outils.

D'autre part, il y a les potentielles attitudes « vicieuses » que ce système pourrait engendrer sur le travail des I.D.E., tel que la perte de communication, ou l'obnubilation du soignant pour l'écran au détriment du soigné. Néanmoins, il est intéressant de constater que ces limites ne sont pas directement imputables au système de transmissions informatisées, mais à l'usage qu'en font les soignants. Donc, les transmissions ciblées informatisées seront d'autant plus efficaces si tous les acteurs de soins sont rigoureux et professionnels.

Enfin, il ne faut pas oublier que les patients ne restent pas *ad vitam aeternam* en service de réanimation. Or, tous les services de tous les hôpitaux ne sont pas équipés de tels systèmes. O s'ils le sont, ce n'est pas obligatoirement avec le même logiciel. Donc, lors d'un transfert vers un autre service se posera certainement le problème de la compatibilité des données informatiques. Le plus simple sera sans doute, dans un premier temps, une impression des données du patient. Mais il faudra certainement, dans un second temps, établir des normes universelles dans les formats de données. Cela permettra au final une interopérabilité des systèmes de soins, c'est à dire capable de fonctionner avec d'autres produits ou systèmes, sans restriction d'accès ou de mise en œuvre.

6 - Positionnement professionnel

Pour moi, ce travail n'a pas toujours été facile. Ainsi, après avoir choisi ce sujet, j'ai eu quelques doutes. J'ai d'abord craint qu'il n'y ait pas assez de données théoriques pour apporter une base conceptuelle solide le soutenant, puis que le questionnaire ne serait pas assez pertinent pour permettre une analyse correcte.

Néanmoins, grâce à ce travail de fin d'étude, j'ai pu découvrir les bases de méthodologie de recherche en soins infirmiers. Ce travail m'a permis d'étudier le ressenti des soignants à propos de ce système de transmissions informatisé. J'ai également pu appréhender l'impact des transmissions ciblées informatisées sur la prise en charge du patient en service de réanimation.

Par ailleurs, ayant eu l'occasion de réaliser un stage dans un service de réanimation chirurgicale bénéficiant du système CareVue, j'ai pu personnellement utiliser l'outil de transmissions ciblées informatisées.

J'ai eu l'occasion d'observer les avantages du système. Ainsi, il est vrai que, de part sa conception, les soins sont grandement facilités. Néanmoins, j'ai aussi constaté, et même « testé » les limites. Par réflexe, la première chose observée dans le box n'est plus le patient, mais l'écran, et une « phobie des fanions rouges » (signaux visuels indiquant la non validation d'un soin à une heure précise) s'installe.

Personnellement, je suis convaincu que l'informatisation des données est un immense pas en avant dans la prise en charge du patient. En effet, il permet un accès rapide aux informations essentielles, et une sécurisation des données. Je suis ainsi certain que ce système séduira un grand nombre de soignants. Néanmoins, je m'interroge sur la place que le patient sédaté a dans le box de réanimation, face au « maître-ordinateur » et sa cohorte de senseurs.

Il ne faudra donc pas que le soignant oublie que le centre de son travail s'articule autour du soigné.

Toutefois, je reconnais les limites de mon analyse. Il s'agit d'un travail portant sur un faible nombre de soignants, travaillant sur un système particulier. On ne peut pas en retirer une « vérité ». Il serait donc intéressant d'effectuer une étude à plus long terme sur les avantages et inconvénients des transmissions ciblées informatisées.

Bibliographie

Ouvrages

- 5 • DÉCHANOZ Geneviève, *Dictionnaire Des Soins Infirmiers*, Paris, Amis Enseignement Infirmier, 2ème Édition, 2001, 376 pages
- BERROYER Nicole, DUSSERRE Liliane (dir.), *Informatique et soins infirmiers*, Poitiers, Edition du Centurion, 1986, 229 pages
- 10 • PONÇON Gérard, *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique.*, Paris, éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2000, 254 pages
- BOISVERT C., PATRIACHE É., TRUCHARD S., BOYER L., *Dossier de soins ciblé : du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées*, Paris, Assistance publique des Hôpitaux de Paris/Lamarre/Doin, 1997, 207 pages
- 15 • BOISVERT Cécile, TERRA Jean-Louis, *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, MASSON Éditeur, Liège, 2de édition, 2003, 200 pages
- Instituts of Medicine, *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*, Washington DC, National Academy Press, 2001, 337 pages
- 20 • AMAR Béatrice, GUÉGUEN Jean-Philippe, PRIOT Suzanne, *Soins Infirmiers - Tome 1, Concepts Et Théories, Démarche De Soins*, MASSON Éditeur, Liège, 2007, 249 pages
- DANCAUSSE Florence, CHAUMAT Elisabeth, *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins. Guide méthodologique*, Coll. démarche soignante, janv 2008

25 Revues et articles

- « Avis n°104: Le dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé », *Les Cahiers du Comité Consultatif National d'Éthique* n°56, juil-sept 2008, pp. 2-10
- 30 • LECOQ Colette, « Les transmissions ciblées : levier du changement », *Objectif soin* n°157, juin/juillet 2007, pp. 25-35
- DESPIAU Frédéric, BOMBAIL Maire, « Réflexion sur les diagnostics infirmiers à l'occasion de l'informatisation du dossier de soin », *La revue de l'infirmière* n°144, octobre 2008, pp.38-40
- 35 • BERROYER Nicole, DUSSERRE Liliane (dir.), « Informatique et soins infirmiers », *Collection "Infirmières d'aujourd'hui"*, mai 1986
- « Le Cahier du Management - Transmissions ciblées: un outil à privilégier dans l'organisation des soins », *Objectif soin* n°72, février 1999, pp. I-XII
- « Le Cahier du Management - Faciliter l'organisation des soins grâce à l'outil informatique », *Objectif soin* n°56, sept. 1997, pp. I-XVI
- 40 • « L'infirmière informaticienne », *Revue de l'infirmière* n°10, mai 1984, pp. 17-25.

Sites internet

- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <http://www.infirmiers.com/>

5 Textes législatifs

- MILON Alain, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : examen des articles*, Rapport n° 380 (2008-2009) déposé le 6 mai 2009
- 10 • Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.
- 15 • Article 226-13 du Code Pénal, modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000
- Article 226-14 du Code Pénal, modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007

Annexe I: Index des illustrations

Illustration 1: Répartition des soignants par tranches d'âge.....	12
Illustration 2: Représentativité des sexes.....	12
Illustration 3: Tableau 3: Ancienneté des soignants en service de réanimation.....	13
Illustration 4: Soignants ayants déjà travaillé dans un lieu présentant aussi des transmissions ciblées informatisées.....	13
Illustration 5 : Comparatif entre l'ancienneté dans le service et une expérience passée avec les transmissions ciblées informatisées.....	14
Illustration 6: Définitions de "transmission ciblée" pour les soignants.....	15
Illustration 7: Support de transmission utilisé en service.....	15
Illustration 8: Préférence des soignants vis-à-vis du support de transmission.....	16
Illustration 9: Niveau de formation des équipes.....	16
Illustration 10: Formateurs sur le système.....	17
Illustration 11: Opérationnalité des soignants vis-a-vis du système.....	17
Illustration 12 : Comparatif entre expérience passée avec des transmissions informatisées et l'opérationnalité des soignants à leur arrivé en réanimation.....	17
Illustration 13: Ressenti par rapport à la facilité d'utilisation du système.....	18
Illustration 14: Utilisation des cibles pré-enregistrées.....	18
Illustration 15: Avantages généraux du système.....	19
Illustration 16: Avantages spécifiques pour la prise en charge du patient.....	20
Illustration 17: Inconvénients généraux du système.....	21
Illustration 18: Inconvénients spécifiques pour la prise en charge du patient.....	22

Annexe II : Questionnaire

- 5 1. Quel est votre tranche d'âge ?
- Moins de 26 ans
 - Entre 26 et 35 ans
 - Entre 36 et 45 ans
 - Entre 46 et 55 ans
 - Plus de 55 ans
- 10 2. Quel est votre sexe ?
- Masculin
 - Féminin
- 15 3. Quelle est votre ancienneté dans le service ?
- Moins de 1 an
 - Entre 1 à 5 ans
 - Plus de 5 ans
- 20 4. Avez-vous déjà travaillé dans un lieu présentant aussi des transmissions ciblées informatisées ?
- Oui
 - Non
- 25 5. Comment définissez-vous le terme de « transmission ciblée » ?
.....
- 30 6. Depuis combien de temps utilisez-vous le système de transmissions ciblées informatisées dans ce service ? (réponses multiples possibles)
- Depuis sa mise en place
 - Moins de 1 an
 - Entre 1 et 3 ans
 - Plus de 3 ans
 - Jamais encore utilisé
- 35 7. Avez-vous suivi une formation pour apprendre à vous servir du système de transmissions informatisés ?
- Oui
 - Non
- 40 Si oui, qui vous a formé?
- Un professionnel durant votre formation en stage ou IFSI 1
 - Un(e) I.D.E. (27)
 - Un(e) cadre infirmier(ère) 1
 - Un informaticien appartenant à l'hôpital
- 45
 - Un informaticien extérieur à l'hôpital
- Autre :
.....
- 50 8. Votre formation vous a-t-elle permis d'être opérationnel de suite ?
- Oui
 - Non

	Si non pourquoi ? (réponses multiples possibles)
5	• Formation trop rapide • Formation trop peu approfondie • Formation trop abstraite • Formation non adaptée Autre :
10	9. Quels types de supports sont utilisés pour réaliser les transmissions ciblées? • Support mixte papier + informatique • Support uniquement informatique
15	Seriez-vous prêt à revenir à un système de transmissions uniquement sur papier ? • Oui • Non Pourquoi ?
20	10. Pensez-vous que le système de transmissions informatisées est d'utilisation ? • Très facile • Facile • Moyennement facile • Assez difficile
25	• Très difficile • Inutilisable
30	11. Utilisez-vous les propositions de complètement automatique du système (liste de cibles, données ou résultats pré-enregistrés à sélectionner) ? • Oui • Non Pourquoi ?
35	12. Selon vous, quels sont les avantages à l'utilisation de l'outil informatique pour les transmissions ciblées ? (réponses multiples possibles) • Une source fiable d'informations • Un gain de temps pour certaines tâches • Une amélioration de la traçabilité des soins
40	• Une meilleure lisibilité de l'écriture • Une planification des soins simplifiée • Une consultation des données plus rapide et plus facile Autre:
45	13. Selon vous, quels sont les inconvénients de l'utilisation de l'outil informatique pour les transmissions ciblées ? (réponses multiples possibles) • Une robotisation du travail d'I.D.E. • Des obligations supplémentaires
50	• Des risques de pertes de données • Une surcharge de travail • Des données difficiles à trouver • Une diminution de la communication entre soignants Autre:
55	

14. Selon vous, quelles sont les conséquences de l'utilisation des transmissions ciblées informatisées dans la prise en charge du patient ?

Bénéfices:

5

.....

Risques:

10

.....